Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen.
(Direktor: Prof. Dr. Göppert.)

Zwei Fälle von Verblödung im späteren Säuglingsalter mit vorübergehenden Halbseitenerscheinungen (Apraxie einer Hand).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe der Hohen Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

K. Tergast,
approbiertem Arzt aus Emden.

Im Selbstverlage des Verfassers.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen.
(Direktor: Prof. Dr. Göppert.)

Zwei Fälle von Verblödung im späteren Säuglingsalter mit vorübergehenden Halbseitenerscheinungen (Apraxie einer Hand).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe der Hohen Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

K. Tergast,
approbiertem Arzt aus Emden.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

1914

Im Selbstverlage des Verfassers.

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 1. September 1914.

Referent: Prof. Dr. Göppert.

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Die Verblödung ohne wesentliche meningitische Erscheinungen sehen wir im späteren Säuglingsalter keineswegs übermäßig selten. Wenig ist aber über Verlauf und Natur dieser Krankheit bekannt.

Es fällt nicht in den Rahmen vorliegender Arbeit, das darin beschriebene Krankheitsbild erschöpfend bis in alle Einzelheiten abzuhandeln. Das sei einer späteren, auf eine größere Kasuistik gestützten Abhandlung vorbehalten.

Es handelt sich im folgenden um 2 Fälle einer seltenen Gehirnerkrankung des späteren Säuglingsalters, deren Ätiologie bis heute noch völlig dunkel geblieben ist.

Plötzlich eintretende Krampfanfälle in Form von Atemstillstand ohne Glottisspasmen leiten im 1. Falle in alarmierender Weise nach bisherigem Wohlbefinden das Krankheitsbild ein. Der bislang ganz normal sich entwickelnde Säugling verliert nach einigen Wochen vollkommen den zweckdienlichen Gebrauch der rechten Hand bis auf ein automatisches Kratzen mit derselben und wird zum ausgesprochenen Linkshänder. Die psychischen Fähigkeiten reduzieren sich auf ein Minimum — daneben stellt sich ein weitgehender Verlust aller statischen Funktionen ein.

Die das Krankheitsbild komplizierende latente Spasmophilie geht auf Kalk sehr prompt zurück und kurz darauf schwindet, nach einem mehrtägigen heftigen Erregungszustande, neben den zahlreichen Anfällen die Unruhe und schlechte Laune des Kindes. Ganz allmählich stellen sich die normalen Funktionen und mit ihnen die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand wieder her, nachdem die im Beginn vorhandenen leichten Spasmen im rechten Ellbogengelenk sich schon nach kurzer Zeit zurückgebildet hatten. Zum Schlusse besteht nur noch eine leichte Schwäche des rechten Beines — auch diese schwindet nach einigen Wochen gänzlich — während der Gebrauch der rechten Hand in normale Bahnen zurückgekehrt ist.

Eine Besserung der psychischen Funktionen scheint nicht zu erwarten zu sein, im Gegenteil ist eine relative Verschlechterung der-

selben bei der letzten Vorstellung des Kindes sehr eklatant. Dafür, daß die Prognose auf Idiotie zum mindesten Imbezillität weitgehend berechtigt ist, bietet der 2. Fall den besten Beleg.

Krankengeschichte.

Fall I.

Hertha F., 1 Jahr alt.

8. Februar 1914. Erstes Kind, Geburtsdauer 19 Stunden, danach lange in Narkose. Etwa 6 Wochen Brust, dann bis zum 7. Monate steigende Milchmengen. Vom 7. bis 9. Monat Milch und Mehlsuppe, vom 9. Monat an mittags Grießbrei, Zwiebackbreis.

Jetzt zirka 700 g Milch mit 3 Teelöffeln Infantina, dazu in jede Flasche einen halben Teelöffel Albulaktin. In letzter Zeit keine Mittagsmahlzeit mehr. Stuhlgang: leicht, etwas verstopft.

Ende November 1913 Beginn von „Krämpfen", die in den ersten Tagen zirka 1- bis 2mal täglich auftreten, um dann 10 bis 12 Tage völlig zu sistieren. Dann erneuter Beginn der Anfälle, die in letzter Zeit nur schwach, aber sehr zahlreich waren. So gestern mindestens 15, heute 6 bis 7. Seit etwa Mitte Dezember 1913 wird die rechte Hand weniger gebraucht als die linke, der rechte Arm häufig gestreckt gehalten. In den letzten 4 Wochen ist das Kind auffallend ruhig, psychisch indifferent, hat nicht gelacht. Auch die statischen Funktionen sind gegen früher wesentlich beeinträchtigt. Seit 8 Wochen stellt es nicht mehr die Beine. Die Anfälle charakterisieren sich als kurz dauernde Zustände von plötzlichem Aufschrecken, Atemstillstand, mit rein tonischem Zustande der Muskulatur, Streckung des rechten Armes und starren Augen. Dauer zirka 1 Minute. Länger anhaltende Anfälle von $1^1/_2$ bis 2 Minuten sind mit Zyanose und Fazialiszucken verbunden.

Kind im guten Ernährungszustand. Fontanelle 2 : 3 cm. Schädel fest. Geringe Epiphysenschwellung. Thorax gut gebaut, wenig Rosenkranz. Patellarreflexe lebhaft. Schläft bei der Untersuchung (somnolent?).

Fazialis: positiv.
Trousseau: —
Elektrische Untersuchung:
K.-Ö.-Z. und A.-Ö.-Z. bei 1 M. A.

Receptio.
Ord.: Chloral 0·5
stündlich 0·5 Kalk.

Auf der Station noch 3 leichte Anfälle wie zu Hause. Dauer $^3/_4$ Minuten. Tonische Streckung des rechten Armes — der linke Arm absolut frei —, Starre des Kopfes und der Augen. Nie Glottiskrampf und inspiratorische Einziehungen. Der Daumen der rechten Hand wird viel eingeschlagen gehalten. Schwäche der rechten Hand beim Greifen, kratzt sich mit derselben fortwährend. Im Intervall deutliche Spasmen im rechten Ellbogengelenk.

9. Februar. Nach 6·0 Kalk früh Fazialis negativ.
Elektrische Untersuchung:

K.-S.-Z. über 3	A.-S.-Z. — 4
K.-Ö.-Z. über 3	A.-Ö.-Z. über 6.

Gestern im ganzen 6 Anfälle, der letzte abends 11 Uhr.

Heute abend ist das Kind freundlich, hat gelacht. Kratzt sich viel im Gesicht, am Kopfe, Unterbauchsgegend, Nates. Daumenhaltung rechts heute nicht anders als links. Kratzt sich hauptsächlich mit der linken Hand, mit der es auch zufaßt. Rechter Arm auch heute gestreckt gehalten; zeitweilig auch Kratzen mit der rechten Hand.

10. Februar. Pharyngitis. Elektrische Erregbarkeit normal.

Über Tag 2 Anfälle folgenden Typs: Im Schlafe plötzliches Aufschrecken. Aufwachen. 4 bis 5 tiefe Inspirationen, nach denen Ruhe und Schlaf sich einstellt. Anfallsdauer $^1/_4$ Minute. Schwäche der rechten Hand bleibt, Kind greift mit derselben wenig oder gar nicht zu. Rechter Arm oft in Streckstellung gehalten, Hand in Pfötchenstellung.

6·0 Kalk weiter.

11. Februar. Nachts gut geschlafen nach 1·5 Urethan.

Pharyngitis granulosa.

Bronchitis.

Kind oft auffallend unruhig, schreit viel; ganz im Gegensatz zu seinem Verhalten zu Hause die letzten Monate, wo es sehr still war.

Mit dem rechten Arm und der rechten Hand alle Bewegungen möglich. Das Überwiegen der Fingerstrecker ist seltener geworden, jedoch fehlt noch völlig Zugreifen und Festhalten rechts.

Kind geistig zurück, spielt nicht, lacht aber hin und wieder in den letzten Tagen. Wenig aufmerksam. Oft noch starkes Zucken am Körper und Kopf. Reagiert nicht, wenn man mit ihm spielt, auch nicht der Mutter gegenüber, die es heute zum ersten Male seit langer Zeit wieder spontan angelacht hat.

Ohruntersuchung: Trommelfell rechts gerötet, links weniger.

Spinalfunktion: reiner Liquor infolge Blutung nicht zu erhalten. Punktat zum Wassermann benutzt.

Druck 35 cm, nach Ablassen von 3 bis 4 cm^3 Fall auf 20 bis 25 cm^3.

Heute 2 kurze Zustände von Aufschrecken.

Starke Pharyngitis.

Abreiben mit Spiritus-Glyzerin.

12. Februar. Wassermann negativ. Nachts ohne Urethan gut geschlafen. Morgens wieder ziemlich laut, 1mal Erbrechen.

K.-Ö.-Z. $5^1/_2$ A.-Ö.-Z. 4·5

Nach der starken Unruhe am 10., 11., 12. tritt hierin nun eine entschiedene Besserung ein, die zwar langsam, aber doch konstant Fortschritte macht. Ebenso sind kleine Fortschritte in der geistigen Tätigkeit zu verzeichnen. Das Kind ist mehr bereit zu spielen, freundlicher und aufmerksamer.

16. Februar. Gegenstände (Uhr, Papier) auf kurze Zeit beobachtet, namentlich Papier. Beim Zugreifen mit der linken Hand bewegt sich oft die rechte mit, als ob sie zufassen wollte, bleibt aber auf halbem Wege stehen. Greift auch beim Berühren des Gegenstandes nicht zu. Erst als der Gegenstand fest in die Hand gedrückt wird, wird die Rechte geschlossen, der Gegenstand jedoch sofort wieder achtlos fallen gelassen. Hand gegen Kitzeln empfindlich. Wenn das Kind müde ist, hält es den rechten Arm gestreckt, leicht gespannt. Keine Pronation. Selbsttätige Bewegungen der Hand werden vollkommen ausgeführt beim Kratzen. Nur die linke Hand wird in den Mund gesteckt, Gegenstände nicht. Gestern 1mal rechte Hand vors Gesicht gehalten, mit der linken daran gespielt.

Seit dem 13. ist das Kind dauernd ruhiger, kleine Fortschritte in der geistigen Tätigkeit sind zu verzeichnen. Beim Spielen mit dem Fuße macht der rechte Arm kleine Versuche, sich zu beteiligen, sinkt aber sofort zurück.

17. Februar. Elektrische Untersuchung:

K.-Ö.-Z. über 6 A.-Ö.-Z. 4

Appetit gut.

$9^3/_4$ Uhr wieder einen kurzen Anfall.

20. Februar. Spielt nur mit dem linken Fuß; hebt das rechte Bein in der Hüfte vollständig, im Knie gar nicht. Mit dem rechten

Fuß alle Bewegungen möglich. Zufassen und Festhalten der rechten Hand besser, versuchsweise Mitbewegungen. Aufmerksamkeit entschieden besser, mehr spontanes Zugreifen und Begehren des Spielzeugs.

Seit gestern rechter Arm im Ellbogengelenk mehr gebeugt gehalten. Kopfheben in Bauchlage lebhaft, in Rückenlage noch nicht. Hält jetzt, aufgerichtet, den Kopf aufrecht, was bisher nie der Fall war.

22. Februar. Psychisch Fortschritte. Macht „ei ei" mit der linken Hand, gibt auf Aufforderung die Hand. Hält den in die Rechte gegebenen Finger anhaltender und besser fest als bisher. Stellt etwas die Beine, hebt auch das rechte etwas mehr als sonst.

Immer noch kurze Anfälle, die jedoch jetzt nur noch in 1 bis 2 Zuckungen der rechten Hand und des Vorderarmes bestehen.

25. Februar. Fazialis stark positiv.

Seit gestern vollkommenes Heben des rechten Beines und länger zu beobachtendes Hochhalten desselben. Der Kopf wird heute zum ersten Male kräftig gehoben beim passiven Aufrichten des Kindes.

26. Februar. Gestern abend spontan gelacht.

Ophthalmoskopischer Befund: Graue Verfärbung der Papillen. (Reste einer leichten Neuritis optica?)

27. Februar.

K.-S.-Z.	über 2	A.-S.-Z.	5
K.-Ö.-Z.	6	A.-Ö.-Z.	2.

Fazialis +.

1. März. Pirquet: human —
bovin —.

3. März. Pirquet wiederholt: —.

Fazialis: —.

Weitere psychische Besserung. Bei Visite versucht das Kind sich spontan aufzurichten, was mit Nachhilfe gelingt. Kurze Zeit sitzt es leidlich sicher.

Nachmittags beim Sitzen starkes Schwanken. Interesse für Gegenstände stärker. Lacht gelegentlich. Stellt sich noch nicht.

6. März. Lacht oft. Sitzt auf dem Schoße kurze Zeit aufrecht. Gestern wieder 2 größere und 2 kleinere Anfälle, bei denen Atemstillstand, dann Blässe, tiefe Inspiration, hinterher große Mattigkeit.

7. März.

K.-Ö.-Z.	über 6	A.-Ö.-Z.	5.

Sehr munter.

9. März. Nach einigen vergeblichen Bemühungen stellt das Kind die Füße nach unten, jedoch nur für kurze Zeit. Turgor der Beine mäßig. Rechtes Bein wird ebenso gehoben wie linkes, Muskelspannung rechts wie links, eventuell rechts sogar etwas schwächer.

Alleinsitzen unmöglich, kann nur kurz allein balancieren. In Bauchlage gutes Heben des Kopfes. Keine Spannung in den Händen. Beim Anheben an den Händen aus dem Liegen wird nur mit der linken Hand nachgeholfen, mit der auch durchweg allein zugegriffen wird. Allerdings hält die rechte Hand Gegenstände jetzt länger fest, die das Kind betrachtet. Faßt dann bald subsidiär mit der linken Hand zu. Wenn man an der rechten Kopfseite kratzt, macht das Kind Abwehrbewegungen mit der rechten Hand und Kratzbewegungen. In Handhaltung und Bewegung der rechten Hand keine Ungeschicklichkeiten.

Entlassen.

Am 2. April wird das Kind in der poliklinischen Sprechstunde wieder vorgestellt.

Anfälle sind selten. Kratzt noch viel mit der rechten Hand, faßt auch — hin und wieder — mit der Rechten zu. Lacht viel, sagt:

Papa, „hatta“, spielt mit seiner Puppe, die es ansieht, umdreht und genau betrachtet.

Stuhlgang: einige Tage verstopft.

Trinkt seit einigen Tagen schlechter. Aufmerksamkeit ist schlecht zu fesseln. Kind ist sauber!

Fontanelle: $1^1/_2$ bis 2 Querfinger, eingesunken.

Brustumfang: 45 cm.

Kopfumfang: 44·8 cm.

Länge: 77 cm.

Gewicht: 8740.

Zieht sich mit dem rechten Arm hoch und stützt sich darauf. Sitzt etwas frei, aber nicht lange; stellt die Beine etwas. Dauernd in Bewegung. Macht nicht mehr „ei ei“, gibt keine Hand mehr.

(a') a	a a'
a a	a a'

K.-S.-Z. } nicht bei 6 M. A.
A.-Ö.-Z. }

Kein Rosenkranz.

6. Juli. Stellt gut die Beine, ist sehr wild. Achtet absolut nicht auf Gleichgewicht. Kugelt sich gern auf der Erde herum, sitzt aber noch unsicher. Liegt gern in Bauchlage. Steht nicht auf, steht auch noch nicht mit Untersützung. Rechte und linke Hand jetzt gleichmäßig benutzt, linke aber kräftiger, wenn auch nicht mehr Vorzugshand. Aufmerksamkeit zeitweise nicht zu erregen. Interesse für Wagen, Pferd, Hund, Auto. Keine Aufmerksamkeit auf akustische Reize außer der Klingel und Klatschen.

Die optischen Interessen sind gering, nur für Uhr, die jedoch nicht ans Ohr geführt wird. Geht zu jedem Menschen hin. Liebt ihren Bären, macht ihn nach; spielt 5 bis 10 Minuten mit Bär und Puppe.

Im Schlafe oft erregt.

Von Ostern her bis vor 8 Tagen kein Anfall mehr. Vor 8 Tagen Fall im Wagen. Seitdem 5 bis 6 Anfälle mit vorübergehendem Starren der nach oben verdrehten Augen. Danach „Wutanfall“, Kratzen am Bein, sowie Beißen ins Kleid.

Hier dauernd beweglich, ohne Interesse für Umgebung.

K.-Ö.-Z. nicht bei 6 M. A.
A.-Ö.-Z. bei 5 M. A.

Fazialis —.

Sitzt gut, vergißt jedoch plötzlich, sich im Gleichgewichte zu halten.

Kind ist wohlgebaut, rosig, keine Rachitis.

(c) a a	a a (c)
(c) a a	a a (c)

Kopfumfang: 45 cm.

Gewicht: 10000.

Links und rechts Arm und Bein gleichmäßig bewegt.

Babinsky —.

Kniereflexe: o. B.

Augenhintergrund: links etwas grauer. Langsamer weiterer geistiger Verfall.[1])

---

[1]) Hienach während der Korrektur:

Kind soll sich allein aufstellen können und angehalten laufen, geistig angeblich reger. Täglich noch mehrere Anfälle von plötzlicher nur Sekunden dauernder Starre, selten noch Atemstillstand (18. Okt.).

1902 wurde in Kattowitz 1 Fall von Apraxie, diesmal der linken Hand, beobachtet, der in seinem Verlauf und Ausgang weitgehende Übereinstimmung mit dem beschriebenen darbietet. (Göppert.)

Ein bisher völlig gesundes Kind mit gut ausgebildeten statischen Funktionen im Alter von 10 Monaten, dessen geistige Entwicklung dauernd sehr erfreuliche Fortschritte gemacht hatte und dessen genaue Personenkenntnis durch ein positives Beispiel aus der Krankengeschichte zu belegen ist, erkrankt an Husten. Nach 14 Tagen plötzliches Auftreten von „Krämpfen", die sich dem beobachtenden Arzte als völlig unkoordinierte Bewegungen und Umherschlagen mit Armen und Beinen manifestieren. Das bisher auch körperlich gut entwickelte Kind hat die sichere Beherrschung seiner Glieder verloren und zeigt auch psychisch unverkennbare Rückschritte. Der Gebrauch der Hände ist stark beeinträchtigt durch heftige choreatische Bewegungen. Die nächsten 2 bis 3 Tage bringen eine wesentliche Besserung des allgemeinen Erregungszustandes, bis sich, am 4. Tage etwa, plötzliches Aufschrecken mit Atemstillstand und folgendem ruhigen Schlaf zu dem bisherigen Krankheitsbilde gesellt — ein dem im 1. Falle beschriebenen völlig analoger Zustand.

Nun tritt langsam eine Besserung speziell der psychischen Komponente in die Erscheinung, die jedoch nur von kurzer Dauer ist. Trotz scheinbar gesteigerter Aufmerksamkeit nimmt das Interesse für Personen und Spielzeug ab.

Ein bei Gelegenheit einer fieberhaften Bronchitis auftretender Fußklonus bleibt zirka 14 Tage bestehen. Nach seinem Verschwinden und dem gänzlichen Sistieren der Anfälle macht sich, analog dem 1. Fall, ein Starrsehen der Augen bemerkbar, das diesmal mit heftigem Erröten und einer Apraxie der linken Hand vergesellschaftet ist. Die Apraxie schwindet in einigen Tagen und kurz darauf scheidet der Säugling aus der Beobachtung aus.

Ein ständig fortschreitender körperlicher und geistiger Verfall bestätigt die absolut infaust gestellte Prognose und in völliger Verblödung stirbt das Kind im Alter von 4 bis 5 Jahren in einer Idiotenanstalt.

Krankengeschichte.

Fall II.

Kind H., 10 Monate.

30. Jänner 1914. Erstes Kind. Bis 6 Monate Brust.

Möglicherweise hat der Vater vor 4 Jahren Lues akquiriert, was jedoch mehr als fraglich ist.

14 Tage vor der jetzt vorliegenden Erkrankung hat der Junge ein wenig gehustet, war etwas „kräftiger" (schlechterer Laune).

Kann sich mit 10 Monaten allein aufstellen, am Gitter stehen und allein gut sitzen. Soll geistig sehr rege gewesen sein, jedenfalls hatte das Kind genaue Personenkenntnis. So pflegte es z. B. beim Nennen des Namens einer bestimmten Nachbarin sofort nach der Tür zu blicken, durch die jene Frau gewöhnlich eintrat, und zu jauchzen.

Am 30. Jänner 1914. 10 Uhr morgens plötzlich „Krämpfe".

31. Jänner. 6 Uhr nachmittag I. Untersuchung. Blühender Körper.

Zähne:

a' a	a a'
a' a	a a'

Keine Spur von Rachitis. Fontanelle fast vollkommen geschlossen. Schnarchende Atmung; am Munde nutschende, kauende Bewegungen, jedoch nur, wenn den Mund ein Reiz trifft. Lebhaftes Umherschlagen der Arme, Strampeln mit den Beinen. Augenscheinlich ist das Kind schlafartig benommen. Pupillen reagieren normal.

Fazialis —.

Trousseau —.

Während der Anwesenheit des Arztes macht das Kind schlagende, unkoordinierte Bewegungen mit beiden Armen und Beinen. Das Gesicht ist wenig bewegt, kein Ton zu hören. Plötzlich heiteres Lächeln mit Lustigkeit, Herumschlagen mit Armen und Beinen — dann versinkt es ein wenig in Schlaf. Die Atmung ist jetzt regelmäßig, der Puls ziemlich stark beschleunigt und klein.

Pupillen von mittlerer Weite reagieren prompt. Kind wird aus dem Bette herausgenommen. Dabei zappelt es wieder so unruhig, daß es vom Tische, auf dem es saß, fast auf die Erde gefallen wäre. Zunächst keine zweckmäßigen intendierten Bewegungen. Beim Anruf von seiten der Mutter schließlich freundliches Lächeln — das Kind streckt, ohne großes Verlangen, die Händchen nach der Mutter aus. Auf Vorhalten einer Uhr greift es ungeschickt daran vorbei. Die Unruhe steigert sich dauernd während der Untersuchung. Das Kind greift schließlich leidlich geschickt nach ihm vorgehaltenen Gegenständen, die es jedoch infolge choreatischer Bewegungen nicht zum Munde zu führen imstande ist. Noch einmal Lächeln nach dem Vater hin. Bei Inspektion des Mundes geringe Schmerzäußerung, die übrige ärztliche Untersuchung ruft sichtlich keine unangenehme Empfindung bei dem Kinde hervor.

10 Uhr abends nach dem Baden ruhiger Schlaf. Kind erwacht nicht auf Licht und Berührung.

1. Februar. Schläft tief. Beim Erwecken ist der Junge freundlich, dann gleich darauf ungeduldig. Zeigt etwas, aber nur geringes Interesse für seine Umgebung. Beim Greifen nach der Flasche wird der Sauger gefaßt und unter stark choreatischen Bewegungen der Hand in den Mund gesteckt.

Aufmerksamkeit und Affekte sind dauernd stark herabgesetzt. Sen ibilität ancheinend normal. Keine Reflexsteigerung.

Puls 120 bis 140.

Rechtes Ohr Flüssigkeitsgrenze durch das Trommelfell sichtbar. Linkes Ohr normal.

2. bis 15. Februar. Kind ist die ersten Tage sehr still, wird jedoch ständig ein wenig munterer; strampelt aber weniger und wird nicht vollkommen lebhaft. Beim Einschlafen tags oder nachts etwa eine halbe Stunde lang „Aufschrecken" mit Hochstrecken der Arme und tiefem Aufseufzen. Dann folgt fester und ruhiger Schlaf. Hartnäckige Obstipation.

Temperatur bei 3maliger Aftermessung pro die stets unter 37·5.

Objektiv kein Nervensymptom zu finden. Augenhintergrund: o. B.

Die geistige Tätigkeit bleibt herabgesetzt. Um den 10. bis 15. herum gelingt es hier und da einmal festzustellen, daß der Junge sich über das Kommen der eingangs erwähnten Nachbarin freut; auch beginnt er in diesen Tagen, wenn man ihn aufstellt, zu stehen.

25. bis 27. Februar. Bei Gelegenheit einer fieberhaften Bronchitis Fußklonus bemerkt.

Ende Februar. Seit Ende Februar von seiten der Eltern angeblich Besserung bemerkt. Anfang März scheint er wohl etwas aufmerksamer, greift auch wohl nach Spielzeug und betrachtet es eine Zeitlang. Zu lustigem Strampeln ist es jedoch nicht wieder gekommen und Beweglichkeit sowie Regsamkeit nehmen offensichtlich eher ab als zu.

2. April. 4- bis 5mal am Tage im linken Arm und Bein, vielleicht auch im Gesichte Zuckung. Kind ist sichtlich stiller und schlaffer geworden.

5. April. Pupillen normal. Im linken Bein deutlich ausgeprägte Schlaffheit. Geringe Reaktion auf Personen, Berührung, Spielzeug usw., obwohl das Kind sonst aufmerksam ist. Kniereflexe lebhhaft. Beiderseits Fußklonus vorhanden. Keine Sensibilitätsstörung. Seit 5. April 5- bis 6 mal ganz kurze, schnell vorübergehende Krämpfe. Elektrische Übererregbarkeit besteht nicht.

12. April. Seit 3 Tagen sind die Krämpfe gänzlich geschwunden, der geistige Zustand ein wenig regsamer, etwa so wie Ende März. Fußklonus ist nicht vorhanden, doch macht sich jetzt ein plötzliches Erröten mit Starrsehen bemerkbar. Der in die linke Hand gegebene Lutscher wird aus der linken Hand genommen und mit der rechten zum Munde geführt. Diese Apraxie der linken Hand bleibt bis zum 14. inklusive bestehen.

15. April. Seit heute gleichmäßiger Gebrauch der rechten wie der linken Hand. Nun scheidet das Kind aus der Beobachtung aus.

Im Laufe des Sommers muß sich der geistige Zustand erheblich verschlechtert haben. Die Anfälle von Atemstillstand, die früher bereits beschrieben wurden, sind oft so heftig gewesen, daß die Eltern den Jungen schon verloren glaubten. Gegen Ende des Jahres ist er bereits vollständig idiotisch und hatte, wie auf der Straße vom Arzte zufällig beobachtet wurde, jede Gewalt über seinen Körper verloren, von Aufstellen, Kopfheben oder Sitzen war keine Rede mehr. Im Alter von 4 oder 5 Jahren exitus in einer Idiotenanstalt.

Das Fazit aus den mitgeteilten Krankengeschichten läßt sich dahin ziehen, daß wir es mit einem scharf umgrenzten Krankheitsbilde zu tun haben.

Nach bisherigem Wohlbefinden treten plötzlich allgemeine Reizerscheinungen seitens des Zentralnervensystems auf, die langsam abklingen, um nach Wochen Halbseitenerscheinungen zu weichen. Auch diese schwinden nach einiger Zeit und wir stehen einer scharfen Lokalisation des Krankheitsherdes gegenüber, die ihren Ausdruck in einer Apraxie der rechten respektive linken Hand findet. Die physischen Schädigungen reparieren sich vollkommen, während wir geistig einen fortschreitenden Zusammenbruch zu verzeichnen haben, der im Fall II zu völliger Verblödung führt.

Wir können uns den raschen Ablauf der Symptome nur dadurch erklären, daß wir als Ursache der Allgemeinerscheinungen eine diffuse, entzündliche Affektion der Großhirnoberfläche annehmen. Zu ihr gesellen sich meningitische Symptome, die im Falle I in dem erhöhten Druck ihren Ausdruck finden, unter dem die Spinalflüssigkeit bei einer Punktion angetroffen wird.

Die bald auftretenden Halbseitenerscheinungen sind wir gezwungen, als Signum eines entzündlichen Ödems anzusprechen, das sich im Laufe der Zeit gänzlich zurückbildet und so zum Schwinden der physischen Schädigungen führt, während ein sich anschließender degenerativer Prozeß die mehr oder weniger fortschreitende Verblödung bedingt.

Völlig dunkel bleibt die Ätiologie der Erkrankung auch in unseren Fällen. Betont sei, daß beide Male Lues als ätiologisch nicht in Betracht kommend, ausgeschlossen werden konnte — im 1. Falle

durch negativen Wassermann mit Bestimmtheit, im 2. Falle durch die Anamnese mit hoher Wahrscheinlichkeit.

Das beschriebene Krankheitsbild unter die bekannten Gehirnerkrankungen einzureihen, gelingt schwer. Ein Zusammenhang mit den Hemiplegien des späteren Säuglings- und Kindesalters (zerebraler Kinderlähmung) läßt sich auf keinen Fall konstruieren. Eine enge Beziehung besteht jedoch zur diffusen Hirnsklerose des Säuglingsalters, die ebenfalls auf einer entzündlichen Affektion des Gehirnes zu beruhen scheint und so würden auch unsere Fälle durch die Annahme ihres entzündlichen Ursprungs zur Anknüpfung an diese Erkrankung berechtigen. Eine endgültige Entscheidung wird jedoch so lange hinauszuschieben sein, bis positive anatomische Befunde unsere Annahme bestätigt haben. Jedenfalls dürften die vorliegenden Fälle einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Klärung des gesamten Krankheitsbildes liefern.

Literatur.

1. Heubner, Lehrbuch der Kinderheilkunde, Bd. II, 1911, 3. Aufl.

2. Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie, 1901, Bd. IX, 3. Aufl.

3. Göppert, Ein Fall von Apraxie der rechten Hand im Säuglingsalter. Demonstration in der Göttinger med. Gesellschaft, Berliner klin. Wochenschr., 1914.

Lebenslauf.

Ich, Konrad Tergast, bin am 15. Juli 1888 als Sohn des verstorbenen Geheimen Medizinalrates Dr. Tergast und seiner Frau Dine geb. Wennink zu Emden in Ostfriesland geboren.

Von Ostern 1894 bis Ostern 1897 besuchte ich die Höhere Töchterschule zu Emden, von Ostern 1897 bis Ostern 1907 das humanistische königliche Wilhelmsgymnasium daselbst.

Ostern 1904 erhielt ich den Berechtigungsschein zum Einjährig-Freiwilligen-Dienst, 1907 bestand ich das Abiturientenexamen an derselben Anstalt.

Im Sommersemester 1907 wurde ich in der medizinischen Fakultät zu Freiburg i. B. inskribiert, besuchte im Wintersemester 1907/08 die Universität Berlin und studierte dann vom Sommersemester 1908 bis zum Wintersemester 1911/12 inklusive in Kiel. Hier bestand ich Ende des Wintersemesters 1910/11 die ärztliche Vorprüfung.

Vom Sommersemester 1912 bis zum Sommersemester 1914 war ich bei der Georgia Augusta in Göttingen immatrikuliert und bestand hier am 4. August 1914 die ärztliche Notprüfung sowie am 2. September 1914 das mündliche Doktorexamen.

Druck von Rudolf M. Rohrer, Brünn.